

em foco

Escolas de saúde pública: velhas e novas missões

ANTÔNIO CORREIA DE CAMPOS

A missão das escolas de saúde pública tem, naturalmente, acompanhado a evolução de problemas, sistemas, modelos e paradigmas de saúde nos últimos cem anos. Tome-mos como marcos simplificadores o virar do século XIX para o século XX, a primeira metade do século passado, os primeiros trinta anos do pós-guerra, o último quartel de século passado e a actual globalização.

Na viragem do século XIX para o XX as doenças transmissíveis e as doenças tropicais marcavam a agenda. Soluções de vigilância, quarentena e polícia sanitária impunham-se nos sistemas, influenciando o saneamento básico, a higiene evoluía para

a bacteriologia e para a epidemiologia, para a lei passavam os comportamentos proibidos, os consentidos e os pretendidos, poderes de autoridade eram conferidos a todos os que intervinham na organização dos escassos serviços públicos de saúde. Na primeira metade do século XX, com as generalizadas urbanização e industrialização, desabrocham as doenças transmissíveis (tuberculose, infecções e síndromas transmitidas ou geradas pela água, alimentos, poluição atmosférica e hídrica), morrem crianças e puérperas, adolescentes, militares e velhos com a pneumónica e outras doenças infecciosas, adoecem adultos jovens com as doenças de transmissão sexual, persiste a lepra e a malária nos países mais pobres do Sul da Europa. O sistema organiza-se verticalmente para as doenças ditas «sociais». Da infecciologia nasce a epidemiologia descritiva, criam-se programas verticais para tratar especializadamente dos flagelos sociais, surgem as pri-

meiras grandes preocupações com o declínio da natalidade, evolução normal da transição demográfica. Depois da segunda grande guerra surgem os sistemas organizados de saúde, à volta do consenso britânico sobre o serviço nacional de saúde, na linha da universalidade de Beveridge. Na esteira de Bismarck, desenvolveu-se o modelo continental assente sobre o seguro-doença, combinando-se um e outros em sistemas híbridos, já nos anos 70, nas jovens democracias do Sul da Europa (Itália, Portugal, Grécia e Espanha), servindo estas de laboratório da fusão. É o tempo do planeamento, organização e gestão de sistemas globais, com prioridades à saúde da mãe e da criança, a algumas doenças degenerativas, consideradas novos flagelos sociais, como as cardíco-vasculares, a diabetes, o cancro, o tabaco e o álcool, a saúde mental. É o período das projecções demográficas que apanham desprevenidos os menos informa-



António Correia de Campos é professor catedrático da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.



dos, na primeira fase da transição demográfica generalizada, clamando contra a «bomba populacional» e o «perigo amarelo». Tenta-se a integração dos anteriores programas verticais a partir de 1978 (Almaty) e entre nós desde 1971. Os hospitais desenvolvem-se no seu esplendor tecnológico e profissional, a epidemiologia passa de descritiva a analítica, os sistemas universais começam a preocupar-se com o controlo dos gastos.

Depois das crises do petróleo, nos anos 70, surgem as preocupações ambientais, primeiro localizadas, depois transfronteiriças (Chernobyl, 1986), depois planetárias (buraco do ozono, efeito de estufa, desflorestamento amazónico). A mundialização do intercâmbio económico e humano faz recrudescer as doenças de transmissão sexual, as drogas ilícitas, e faculto terreno à pandemia do HIV-SIDA. O duplo envelhecimento das populações, na base da pirâmide pela redução da fecundidade e no topo pelo aumento da esperança de vida, chama a atenção para um novo, importante e exigente grupo-alvo, os idosos. Para os anteriores grupos em risco adopta-se a selectividade: as crianças em idade escolar, as adolescentes precocemente mães, os trabalhadores, os habitantes das grandes cidades, os que se alimentam fora de casa ou de alimentos fora da cadeia de autoprodução. Finalmente, no período contemporâneo, a globalização transportou para o universo as pandemias, as migrações, a insegurança alimentar e a medicina do viajante. A par de velhos problemas, como os de ado-

lescentes ou de adultos, surge a preocupação pela pobreza e pela marginalidade étnica e social como determinantes da saúde. As soluções são procuradas à volta de novos projectos verticais, da exploração mais intensiva do hospital, com internamentos curtos e ambulatórios prolongados, em serviços clínicos geridos com base em evidência na procura da excelência, em competição permanente, com integração horizontal e vertical de serviços, agora escrutinados em termos de custo-efectividade, custo-benefício e custo-utilidade, procurando na empresa e no mercado soluções de maior responsabilidade social, eficiência e economia.

Nos tempos de hoje, as escolas de saúde pública debatem-se com problemas institucionais de estratégia, efectividade, governância, descentralização e privatização do sistema, e agora com o alargamento e reforço da Europa. O ambiente entrelaça a saúde e obriga as escolas a preocuparem-se com a pobreza, os problemas urbanos e periurbanos, o trânsito, o ruído e os acidentes, o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas, o desemprego e a habitação, a saúde no lar, na escola, no local de trabalho e na cidade. O conhecimento científico das ciências da vida ou com ela associadas fez chegar à escolas de saúde pública o genoma, o cancro e as cárdio-vasculares, as doenças auto-imunes, os desarranjos genéticos, bem como a gestão da doença na comunidade. Exigiu delas o estudo de técnicas de informação e de comunicação de massa, intergruppal e interpessoal. A complexidade crescente das instituições de saúde obrigou-as a preocuparem-se com a governância clínica, com a qualidade e excelência, das quais a infecção e a satisfação são dois exemplos extremos. Forçou-as a ensinar e testar modelos de gestão simples e complexos que desenvolvam, em simultâneo, a produtividade, a eficiência, a inovação, a

logística, a ética e integridade, o trabalho em grupo, a liderança e a estratégia de governo.

As actuais escolas de saúde pública têm de articular a sua organização interna com os novos problemas de saúde, integrar novos campos de conhecimento, responder à pressão da governância, respeitar as suas obrigações e servidões públicas. Têm de identificar novas disciplinas, tantos instrumentais como fundamentais, praticar novas tecnologias, recorrer a novos paradigmas analíticos, adoptar novos métodos de investigação, desenvolver novas capacidades operacionais. Confrontam-se com mudanças na procura: menos médicos, mais enfermeiros, administradores e políticos, mais alunos pagantes e menos bolseiros, maior relacionamento com a indústria, quer fornecedora, quer financiadora. Confrontam-se com mudanças institucionais importantes: maior integração na universidade, menor dependência do governo, exigências variadas de formação permanente e mais variada, necessidade intensa de mais investigação sobre serviços, mais viva necessidade de cooperação com escolas de outras disciplinas e de outros países. Finalmente, a mudança tecnológica impõe-lhes o recurso a um arsenal de sistemas de informação e de comunicação, incluindo o ensino à distância e as redes de parcerias. Exige que saibam articular o seu pensamento e comunicá-lo à comunidade, aos líderes de opinião, aos administradores e aos políticos, para além do público em geral.

Finalmente, às escolas de saúde pública é exigida uma integração crescente no sistema de ensino de cada país, não sendo poupadas a decisões difíceis de harmonização do respectivo modelo formativo e sua articulação ao nível de graduação e pós-graduação no contexto europeu, acompanhando o processo de Bolonha. Tanta coisa para tão frágeis instituições.